

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian Dasar

1. Identifikasi

Tanggal pengkajian	: 10 maret 2020
Tanggal Masuk Rumah Sakit	: 09 maret 2020
No. Rekam Medik	: 25.01.87
Kamar/Ruangan	: Kamar 3 / Ruang kebidanan
Nama Inisial Klien	: Ny. S
Umur	: 47 tahun
Alamat	: Bunga Mayang
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status Pernikahan	: Menikah
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Sumber Biaya	: BPJS

2. Riwayat Kesehatan Sekarang :

Klien datang melalui IGD pada tanggal 9 maret 2020 dengan keluhan merasa nyeri pada perut bagian bawah, klien tampak merintih, nyeri terjadi sejak 2 tahun yang lalu, nyeri timbul saat klien sedang menstruasi, klien tampak gelisah, klien tampak merintih, klien mengatakan sering sulit tidur saat nyeri timbul, klien mengatakan sering terjaga, klien mengatakan istirahat tidak cukup, klien tidur 5 jam sehari, klien tampak sering menguap, klien mengatakan energi tidak pulih walaupun telah tidur, klien mengatakan merasa kurang bertenaga, klien tampak lesu, Nadi teraba lemah, TD 130/90 mmHg, nadi 86 ^x/ menit, Pernafasan 26 ^x/ menit, suhu 36,8 °C.

3. Keluhan Utama Saat Pengkajian :

Nyeri pada perut bagian bawah sejak 2 tahun yang lalu

Pengkajian Keperawatan

1. Penampilan Umum

Dari hasil pengkajian tingkat kesadaran klien Composmentis dengan nilai GCS E4V5M6, tidak ada sianosis pada klien, akral teraba hangat, turgor kulit elastis, klien tampak lemah, klien tampak gelisah, klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes mellitus, dan riwayat hipertiroid. Klien mengatakan tidak merokok, klien tidak memiliki riwayat pembedahan sebelumnya, dan tidak ada edema.

Tanda Vital :

Tekanan darah	: 130/90mmHg
Nadi	: 86 x/menit
Pernapasan	: 26 x/menit
Suhu	: 36,8 °C

2. Pengkajian Respirasi

Dari hasil pengkajian didapatkan bahwa pasien tidak mengalami dispnoe, bradipnoe, ataupun takipnoe. Tidak ada suara nafas tambahan seperti wheezing ataupun ronchi, pasien bernapas tidak menggunakan otot bantu pernapasan dan tidak menggunakan alat bantu pernafasan. Tidak ada sputum berlebih yang dapat mengganggu system pernafasan pasien.

3. Pengkajian Sirkulasi

Dari hasil pengkajian yang dilakukan didapatkan hasil bahwa pasien tidak mengalami bradikardi maupun takikardi. Nadi 86 x/menit, nadi teraba lemah, keluar darah dari kemaluan dalam jumlah yang banyak, tidak ada tanda-tanda distensi vena jugularis, pasien tampak Lelah, CRT <3 detik.

4. Pengkajian Nutrisi dan Cairan

Dari hasil pengkajian pasien mengatakan dirinya tidak mengalami penurunan BB $\geq 10\%$ dari BB normal, pasien mengatakan selama dirawat pasien menghabiskan $\frac{3}{4}$ dari porsi makanan yang disediakan pihak Rumah Sakit. Pasien mengatakan minum sebanyak 8 gelas perhari sesuai anjuran dokter, pasien Terpasang infus RL 20 tetes permenit, pasien tidak mengalami gangguan menelan dan sariawan.

5. Pengkajian Eliminasi

Dari hasil pengkajian klien mengatakan frekuensi BAK 6-8 kali dalam sehari, klien dapat menahan BAK, klien tidak mengalami disuria. Klien mengatakan BAB sehari 1 kali pada pagi hari, klien dapat mengontrol maupun menunda BAB.

6. Pengkajian Istirahat dan Tidur

Dari hasil pengkajian yang dilakukan terhadap klien didapatkan hasil bahwa klien terlihat lesu, tidak ada kekakuan sendi, tidak ada nyeri yang timbul saat klien bergerak, klien mengatakan sulit untuk tidur karena nyeri yang dialami.

7. Pengkajian Neurosensori

Dari pengkajian yang dilakukan terhadap klien didapatkan hasil klien tidak mengalami cedera medulla spinalis, tidak ada sakit kepala, pasien mampu menelan makanan dengan baik, klien tidak batuk sebelum dan sesudah makan ataupun minum, tidak mengalami hematemesis.

8. Pengkajian Nyeri dan Keamanan

Pada saat dilakukan pengkajian klien mengeluh nyeri pada abdomen bagian bawah sejak 2 tahun yang lalu, klien mengatakan perutnya terasa sakit, terkadang klien tampak merintih menahan sakit, klien tampak

memegangi lokasi nyeri, klien tampak gelisah. Tidak ada keluhan gatal, tidak ada diaphoresis, klien tampak meringis menahan nyeri.

9. Pengkajian Psikologis

Pada saat pengkajian klien tampak gelisah dan sedikit tegang, tidak merasa bingung, dapat berkonsentrasi dengan baik, kontak mata klien baik, suara klien tidak bergetar saat berbicara.

10. Pengkajian Kebersihan Diri

Pada saat pengkajian klien mengatakan klien mandi/mengenakan pakaian ataupun berhias dibantu keluarga, klien mengatakan klien makan dan ke toilet dibantu keluarga.

11. Pengkajian Keamanan dan Proteksi.

Dari hasil pengkajian yang dilakukan terhadap klien didapatkan hasil bahwa klien tidak mengalami perubahan karakteristik pada kulit, klien tidak mengalami kejang, turgor kulit elastis, tidak ada kemerahan pada kulit, kulit terasa hangat, klien tidak menggigil, nilai Hb 10 g/dL, klien tidak mengalami immobilisasi, dilakukan tindakan infasif berupa pemasangan IV catether untuk tranfusi darah dan cairan infus pada tangan klien.

12. Pengobatan

Pengobatan yang diberikan pada pasien:

Tanggal 10 Maret 2020

Infus RL	: 20 Tpm
Inj. Ketorolac	: 1 amp/ 8 jam
Inj. Asam Traneksamat	: 1 amp/ 8 jam

13. Hasil Laboratorium

Berdasarkan data yang diperoleh pada tanggal 10 maret 2020 hasil laboratorium yang didapatkan sebagai berikut :

Tabel 3.1**Hasil pemeriksaan laboratorium**

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Nilai Normal Wanita
1	Golongan darah	AB	
2	Rhesus	+	
3	WBC	$7,38 \times 10^3/\mu\text{L}$	$5.0 - 10.0 \times 10^3/\mu\text{L}$
4	RBC	$4.52 \times 10^6/\mu\text{L}$	$4.0 - 5.0 \times 10^6/\mu\text{L}$
5	Hemoglobin	10.7 g/dL	11.0 – 14.0 g/dL
6	PLT	$412 \times 10^3/\mu\text{L}$	$0 - 450 \times 10^3/\mu\text{L}$

B. Analisa Data

Tabel 3.2

**Analisa Data Pasien dengan Gangguan Rasa Nyaman pada Kasus
Hiperplasia Endometrium Terhadap Ny.S di Ruang Kebidanan RSD Mayjend
Hm Ryacudu Kotabumi Lampung Utara**

No	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1	DS : 1. Klien mengeluh nyeri pada perut bagian bawah sejak 2 tahun yang lalu 2. Klien klien mengatakan sulit tidur karena perutnya terasa sakit DO : 1. Klien tampak gelisah 2. Klien tampak merintih	Nyeri Kronis	Infiltrasi tumor
2	DS : 1. Klien mengeluh sulit tidur karena nyeri yang dialami 2. Klien mengeluh tidak puas tidur 3. Klien mengeluh sering terjaga 4. Klien mengatakan istirahat tidak cukup DO : 1. Klien tampak sering menguap 2. Pasien tidur 5 jam per hari	Gangguan pola tidur	Hambatan lingkungan
3	DS : 1. Klien mengatakan merasa energi	Keletihan	Kondisi fisiologis

	tidak pulih walaupun telah tidur		
1	2	3	4
	2. Klien mengatakan merasa kurang tenaga DO : 1. Klien tampak lesu.		
4	DS : 1. Klien menanyakan tentang penyakitnya DO : 1. Klien tampak bingung	Defisit pengetahuan	Kurang terpapar informasi
5	DS: 1. Klien mengatakan dirinya tidak mampu mandi dan mengganti baju secara mandiri DO: 1. Klien tampak lemah 2. Tampak seluruh kegiatan perawatan diri dibantu oleh keluarga	Defisit perawatan diri mandi	kelemahan

C. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada Ny.S dengan gangguan rasa nyaman pada kasus *hyperplasia endometrium*, yaitu :

1. Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor ditandai dengan mengeluh nyeri pada perut bagian bawah sejak 2 tahun yang lalu, mengeluh sulit tidur, tampak gelisah, tampak merintih
2. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Hambatan Lingkungan ditandai dengan mengeluh sulit tidur, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh sering terjaga, mengatakan istirahat tidak cukup, tampak sering menguap, klien tidur 5 jam per hari.

3. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis ditandai dengan merasa energi tidak pulih walaupun telah tidur, mengeluh kurang bertenaga, tampak lesu.

D. Rencana Keperawatan

Tabel 3.3

Rencana Asuhan Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman pada Kasus *Hiperplasia Endometrium* Terhadap Ny.S di Ruang Kebidanan RSD Mayjend Hm Ryacudu Kotabumi Lampung Utara tanggal 10- 13 maret 2020

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1	2	3	4
10 maret 2020	Nyeri kronis b.d infiltrasi tumor DS: 1. Klien mengeluh nyeri 2. Klien mengatakan sulit tidur karena perutnya terasa sakit. DO : 1. Klien tampak gelisah 2. Klien tampak meringis	Tingkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3×24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Klien tidak tampak gelisah 3. Keluhan sulit tidur menurun 4. Tidak tampak meringis	Manajemen nyeri (I.08238) 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 5. Monitor tanda tanda vital 6. Kolaborasi dalam pemberian analgetik (inj. Ketorolac 1 amp/8 jam)

1	2	3	4
10 maret 2020	Gangguan Pola Tidur b.d. Hambatan Lingkungan DS : 1. Klien mengeluh sulit tidur 2. Klien mengeluh tidak puas tidur 3. Klien mengeluh sering terjaga 4. Klien mengatakan istirahat tidak cukup DO : 1. Klien tampak sering menguap 2. Pasien tidur 5 jam per hari	Pola Tidur (L. 05045) Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan tidak puas tidur menurun 3. Keluhan terhadap istirahat tidak cukup menurun.	Dukungan Tidur (I. 05147) 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu) 4. Tetapkan jadwal rutin tidur 5. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 6. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
10 maret 2020	Keletihan b.d kondisi fisiologis DS : 1. Klien mengatakan merasa energi tidak pulih walaupun telah tidur 2. Klien mengatakan merasa kurang tenaga DO : 1. Klien tampak lesu.	Tingkat Keletihan (L. 05046) Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat keletihan menurun dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi kepulihan energi meningkat 2. Tenaga meningkat 3. Verbalisasi Lelah menurun 4. Lesu menurun	Manajemen Energi (I. 05178) 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas 4. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 5. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

E. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.5

Catatan Perkembangan Asuhan Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman pada Kasus *Hiperplasia Endometrium* Terhadap Ny.S di Ruang Kebidanan RSD Mayjend Hm Ryacudu Kotabumi Lampung Utara tanggal 10-12 maret 2020

Catatan Perkembangan hari ke-1

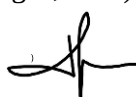
No. Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	Tanggal : 10 maret 2020 Pukul : 17 :00 Manajemen nyeri 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri. 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. identifikasi respon nyeri non verbal 4. Memberikan Teknik non farmakologis untuk untuk mengurangi rasa nyeri (mis:kompres hangat)	Pukul 21 : 00 S : - Klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, nyeri seperti tertusuk tusuk, nyeri hilang timbul - Skala nyeri 4 O : - Klien tampak meringis - Klien menggunakan kompres hangat untuk meringankan nyeri - Tekanan darah 120/90 mmHg, Nadi 84 x/menit, pernafasan 22x/menit. A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Identifikasi kualitas nyeri - Identifikasi skala nyeri

1	2	3
	5. Memonitor tanda-tanda vital 6. Berkolaborasi dalam pemberian analgetik (inj. Ketorolac 1 amp/8 jam)	- Identifikasi respon non verbal - Beri teknik nafas dalam untuk memperingan nyeri - Monitor tanda vital - Kolaborasi dalam pemberian analgetik  Dinda
2	Tanggal : 10 maret 2020 Pukul : 17 : 30 WIB Dukungan Tidur 1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur 3. Memodifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu) 4. Menetapkan jadwal rutin tidur 5. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur	Pukul 21 :10 S : - Klien mengeluh sulit tidur karena nyeri yang dialami - Klien mengeluh tidak puas tidur - Klien mengeluh sering terjaga - Klien mengatakan istirahat tidak cukup O : - Klien tampak sering menguap - Pasien tidur 5 jam per hari A : Masalah Belum Teratasi P : Lanjutkan intervensi - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu) - Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur  Dinda

1	2	3
3	Tanggal : 10 maret 2020 Pukul : 18 : 30 WIB Manajemen Energi 1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. memonitor kelelahan fisik dan emosional 3. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas 4. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 5. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	Pukul : 21 : 15 S : - Klien mengatakan merasa energi tidak pulih walaupun telah tidur - Klien mengatakan kurang tenaga O : - Klien tampak lesu A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Monitor kelelahan fisik dan emosional - Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap  Dinda

Catatan perkembangan Hari ke-2

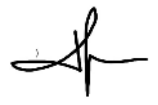
No. Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	Tanggal : 11 Maret 2020 Pukul : 09 : 00 Manajemen Nyeri 1. Mengidentifikasi kualitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri	Pukul 13 : 00 S : - Klien mengatakan nyeri mulai berkurang - Skala nyeri 3 O : - Klien sudah tidak tampak meringis

1	2	3
	3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 4. Memberi Teknik nafas dalam untuk meringankan nyeri 5. Memonitor tanda-tanda vital 6. Kolaborasi dalam pemberian analgetik (inj. Ketorolac 1 amp/8 jam)	- Klien menggunakan kompres hangat untuk meringankan nyeri - Tekanan darah 120/90 mmHg, Nadi 82 x/menit, pernafasan 22x/menit. A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda vital - Kolaborasi dalam pemberian analgetik - Menganjurkan sering mengulang teknik yang dipilih yaitu nafas dalam  Dinda
2	Tanggal : 11 maret 2020 Pukul 09 : 45 WIB Dukungan Tidur 1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Memodifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu) 3. Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur	Pukul 14 :00 S : - Klien mengatakan sudah tidak sulit tidur - Klien mengatakan istirahat cukup - Klien mengatakan tidur puas - Klien mengatakan sering terjaga O : - Klien tidak tampak menguap - Pasien tidur 7 jam per hari A : Masalah Belum Teratasi P : Lanjutkan intervensi - Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu)  Dinda

1	2	3
3	Tanggal : 11 maret 2020 Pukul : 10 : 30 WIB Manajemen Energi 1. Memonitor kelelahan fisik dan emosional 2. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 3. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	Pukul : 15 : 00 S : - Klien mengatakan energi pulih setelah bangun tidur - Klien mengatakan tenaga mulai pulih O : Klien tampak lesu A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap  dinda

Catatan perkembangan hari ke-3

No. Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	Tanggal : 12 Maret 2020 Pukul : 15 : 00 WIB Manajemen Nyeri 1. Memonitor tanda vital 2. Menganjurkan sering mengulang teknik yang dipilih yaitu nafas dalam	Pukul 21 : 00 S : - Klien mengatakan sudah tidak nyeri O : - Tekanan darah 120/80 mmHg, Nadi 80 x/menit, pernafasan 20x/menit.

1	2	3
	3. Kolaborasi dalam pemberian analgetik (inj. Ketorolac 1 amp/8 jam)	A : Masalah Teratasi P : Hentikan intervensi  Dinda
2	Tanggal : 12 Maret 2020 Pukul : 16 :00 WIB Dukungan Tidur 1. Memodifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu)	Pukul 21 :10 S : - Klien mengatakan tidak sering terjaga O : - Klien tidak tampak menguap - Pasien tidur 8-9 jam per hari A : Masalah Teratasi P : Hentikan Intervensi  Dinda
3	Tanggal : 12 Maret 2020 Pukul : 16 : 30 WIB Manajemen Energi 1. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 2. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	Pukul : 21 : 15 S : O : - Klien tidak tampak lesu A : Masalah sebagian P : Hentikan intervensi  Dinda